

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3692/2010

ATAS/1105/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame R_____, domiciliée au Grand-Lancy, représentée
par Maître Damien CHERVAZ

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1959, de nationalité nicaraguayenne, mariée et mère d'une fille de 10 ans, a effectué ses écoles primaires et secondaires au Nicaragua. Elle est au bénéfice d'un certificat de comptable de l'Institut polytechnique de Managua.
2. Arrivée en Suisse en 1991, l'assurée a travaillé comme employée de maison/femme de ménage chez divers employeurs, notamment auprès de diplomates et de divers particuliers.
3. Ses revenus - parfois déclarés et tantôt assortis d'un revenu en nature (repas) - ont notamment été les suivants:

Année 2006:

- a. 22'860 fr. brut/an (21,4h/ semaine) auprès de Monsieur V_____ (cf. certificats de salaire datés du 17 février 2007, questionnaire de l'employeur daté du 6 août 2008);
- b. 240 fr net/mois (3h/ semaine) auprès de Madame S_____ (cf. note au dossier datée du 24 avril 2008, attestation non datée de l'employeur);
- c. 600 fr. net/ mois (6h/semaine) auprès de Monsieur T_____ (cf. questionnaire de l'employeur daté du 25 mai 2008, fiches de salaire des mois de février, mars et avril 2006, attestation de l'employeur datée du 4 avril 2005);
- d. 800 fr. net/mois (3h/semaine) auprès de Madame U_____ (cf. attestation datée du 3 mai 2006 de l'employeur pour les mois de février, mars et avril du 3 mai 2006).

Année 2007

- e. 19'113 fr. 80 brut/an (21,4h/semaine) auprès de Monsieur V_____ (cf. certificats de salaire datés du 21 février 2008, questionnaire de l'employeur daté du 6 août 2008);
- f. 240 fr. net/mois (3h/semaine) auprès de Madame S_____ (cf. note au dossier datée du 24 avril 2008);
- g. 600 fr. net/mois (6h/semaine) auprès de Monsieur T_____ (cf. questionnaire de l'employeur daté du 25 mai 2008);
- h. 5'040 fr. brut/an (8h/semaine) auprès de Monsieur W_____ depuis le 1^{er} juin 2007 (cf. questionnaire employeur daté du 2 juillet 2008).
- i. 800 fr. net/mois (3h/semaine) auprès de Madame U_____.

Année 2008

- j. 5277 fr. 30 brut (21,4h/semaine) auprès de Monsieur V_____ jusqu'au 31 mars 2008 (cf. certificats de salaire, questionnaire de l'employeur daté du 6 août 2008);
 - k. 240 fr. net/mois (3h/semaine) auprès de Madame S_____ (cf. note au dossier);
 - l. 600 fr. net/mois (6h/semaine) auprès de Monsieur T_____ (cf. questionnaire de l'employeur daté du 25 mai 2008);
 - m. 3'600 fr. net (8h/semaine) auprès de Monsieur W_____ jusqu'au 31 mai 2011 (cf. questionnaire employeur daté du 21 juillet 2008).
4. Dès 2006, l'assurée a présenté plusieurs incapacités de travail. En arrêt de travail à 100% depuis le 10 mars 2008, l'assurée a déposé, le 10 avril 2008, une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente en raison d'une capsulite rétractile à l'épaule gauche, de dorso-lombalgies, d'un état dépressif et anxieux, d'allergies saisonnières et d'asthme.
5. Dans un rapport du 5 mai 2008, la Dresse A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une périarthrite scapulo-humérale gauche depuis 2006 et une capsulite rétractile de l'épaule gauche depuis 2007 influant sur la capacité de travail. En outre, sa patiente souffrait d'asthme allergique et rhino-conjonctivite saisonnière, d'un état dépressif et anxieux depuis 1999. Les douleurs à l'épaule étaient d'abord de type mécanique (tendinite dans le contexte de son activité professionnelle). Jusqu'en 2006, la patiente a subi des arrêts de travail très ponctuels. Il y a eu par la suite une aggravation progressive avec des douleurs incessantes, de jour comme de nuit, et des limitations fonctionnelles. La Dresse A_____ a prescrit un arrêt de travail de 100% du 10 mars au 24 mars 2008 (épaule gelée). Depuis le 31 mars 2008, l'assurée était en incapacité de travail totale. Une évolution favorable ne pouvait être envisagée qu'avec une prise en charge médicale globale optimale (mise au repos de l'épaule gauche, physiothérapie soutenue dans le but de diminuer l'inflammation et retrouver la mobilité). Enfin, s'agissant des limitations fonctionnelles, il était en l'état impossible de se prononcer de façon optimale, la situation devant être réévaluée dans un minimum de trois mois afin de laisser évoluer le traitement.

A son rapport, la Dresse A_____ a joint une attestation médicale établie par ses soins le 7 mars 2008. Elle y relevait suivre l'assurée depuis mars 1998. Au cours des années écoulées son état de santé s'était progressivement détérioré tant physiquement que psychologiquement en raison essentiellement des difficultés majeures auxquelles elle s'était confrontée afin de tenter une régularisation de sa situation. La surcharge de travail et la précarité des conditions faisaient qu'elle n'avait jamais pris le temps nécessaire de se soigner correctement à chaque fois qu'elle avait présenté une décompensation asthmatique à la faveur d'une surinfection bronchique ou d'allergies. Actuellement et depuis plusieurs mois, elle

présentait des douleurs articulaires touchant l'épaule, le coude et le poignet gauche qui s'aggravaient progressivement dans un contexte de périarthrite et tendinite. Ne pouvant se mettre au repos, l'évolution avait été défavorable avec actuellement une importante difficulté de mobilisation du bras gauche en raison des douleurs. La patiente nécessitait des soins et un suivi tant sur le plan physique que psychologique. Elle était épuisée par tant de difficultés cumulées.

La Dresse A_____ a également joint à son rapport celui établi le 2 mars 2007 par le Dr B_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie FMH. Dans ce rapport, le Dr B_____ diagnostiquait une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Prescrivait de nouvelles séances de physiothérapie pour l'épaule gauche, ce médecin avait relevé que l'aggravation de l'état de santé de 2006 avait commandé un bilan échographique complété par deux infiltrations corticostéroïdiennes au niveau de l'épaule gauche et que ces interventions - mal tolérées - n'avaient pas permis une amélioration, l'assurée continuant de présenter des douleurs, tant diurnes que nocturnes, très importantes et progressivement une limitation fonctionnelle.

6. Dans un rapport daté du 13 octobre 2008, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche depuis mars 2007, et a relevé un syndrome douloureux chronique de l'épaule gauche et un état dépressif depuis 2008. Le pronostic était décrit comme très réservé et il était préconisé d'évaluer la capacité de travail et la performance par le biais d'une expertise. S'agissant des capacités fonctionnelles, la patiente devait privilégier les activités permettant l'alternance des positions, éviter les activités en position uniquement assise ou uniquement debout, éviter de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de monter sur une échelle ou un échafaudage notamment. En outre, si la concentration était intacte, les capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance sont décrites comme étant limitées.

En annexe à ce rapport figurait un rapport d'hospitalisation établi en date du 2 juillet 2008 par les Dresses C_____, cheffe de clinique, et D_____, médecin interne, au Département de médecine interne et rhumatologie des HUG. Ces médecins y diagnostiquaient un syndrome douloureux chronique diffus avec hypoesthésie de l'hémicorps gauche, une capsulite rétractile de l'épaule gauche, une rhino-conjonctivite et asthme saisonnier ainsi qu'un état anxieux et dépressif depuis 1999. Lors de l'examen clinique, les médecins ont noté des douleurs à la palpation et percussion du rachis, des douleurs de toutes les articulations de l'hémicorps gauche sans limitation de la mobilisation hormis de l'épaule gauche et 14/18 points de fibromyalgie. L'examen neurologique était dans la norme, le bilan biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire et le bilan immunologique était négatif. Durant l'hospitalisation, la patiente avait bénéficié d'un ultrason fonctionnel au niveau de l'épaule gauche, d'un traitement antalgique myorelaxant et de la physiothérapie à sec et en piscine avec sur le plan fonctionnel peu d'amélioration. Elle avait également fait l'objet d'une évaluation thymique et d'un suivi par les collègues psychiatres. Ces derniers avaient retenu un trouble d'adaptation avec réaction dépressive prolongée.

-
7. Sur proposition du SMR, l'OAI a mandaté le Dr E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, médecin du sport, à Lausanne, pour expertise. Cette dernière a été rendue le 25 novembre 2008. Après avoir procédé à une anamnèse, recueilli les plaintes de l'assurée, soumis cette dernière à un examen clinique ainsi qu'à des examens radiographiques complémentaires, l'expert a diagnostiqué des douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette et une possible capsulite rétractile de l'épaule gauche. Il a noté la présence de nombreux signes de non-organicité de la douleur selon Waddell et 16/18 points de fibromyalgie. L'examen clinique restait toutefois difficile d'appréciation, marqué par de nombreux signes de surcharge fonctionnelle alliant exagération de la réponse verbale, projection non anatomique de la douleur, opposition active et mouvements de contre-pulsion. Ni l'examen clinique ni les examens radiologiques - normaux - ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assurée, leur intensité, leur localisation et leur retentissement sur son fonctionnement. Selon l'expert, le diagnostic de capsulite rétractile gauche restait lui aussi difficile d'appréciation, compte tenu de l'absence d'amyotrophie et ultrason fonctionnel non contributif pratiqué durant le séjour hospitalier. L'ensemble des symptômes allégués par l'assurée dépassait ainsi largement le cas d'une capsulite rétractile et restaient plus globalement insérés au syndrome douloureux chronicisé. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité professionnelle d'employée de maison. Dans une activité professionnelle légère, épargnant les travaux de force et répétitifs impliquant le membre inférieur (*recte* : supérieur) gauche, principalement les travaux au-dessus de l'horizontale, sa capacité de travail était de 85%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement. D'un point de vue thérapeutique, l'expert ne proposait aucune mesure particulière et il ne connaissait actuellement aucun traitement susceptible de pouvoir soigner un syndrome douloureux chronique de manière durable. Il préconisait la poursuite des médicaments antalgiques à la demande, en évitant autant que faire se peut les antalgiques centraux, non dénués d'effets secondaires sur la vigilance. Pour ce qui était d'une éventuelle mesure de reconversion professionnelle, elle semblait illusoire, principalement en raison de l'intensité de la symptomatologie douloureuse, l'élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail de l'assurée.
8. L'OAI a ordonné une expertise psychiatrique. Il a mandaté le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son expertise le 21 avril 2009. Après avoir procédé à une anamnèse, analysé les pièces du dossier, recueilli les plaintes de l'assurée et soumis cette dernière à des tests psychométriques, l'expert a conclu à une symptomatologie dépressive légère et à des tests thyroïdiens dans les normes. Lors de l'examen clinique, le tableau était dominé par une symptomatologie somato-psychique avec une humeur parfois légèrement morose et des soucis face à son avenir. Cela étant, il n'y avait ni anhédonie, ni aboulie, ni apragmatisme marqués. Il n'y avait pas non plus d'idéation suicidaire. Le sommeil était décrit comme peu réparateur, l'appétit était en revanche conservé avec

une prise pondérale depuis son arrêt de travail. Il n'y avait pas d'éléments pour une anxiété généralisée ou un trouble panique, ni de phobies sociales ou de troubles obsessionnels compulsifs. Il n'existait pas de signes florides de la lignée psychotique. Le diagnostic retenu était donc celui de dysthymie, troubles somatoformes douloureux (avec éléments conversifs) et/ou probable amplification des symptômes. Relevant en outre que la patiente était venue en Suisse en 1999 pour des motifs économiques et que depuis lors son statut administratif n'avait jamais pu être régularisé, ni elle ni son époux ne possédant - semble-t-il - de permis de séjour valable, l'assurée avait dû probablement présenter un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en 2008. Au jour de l'examen, l'assurée ne présentait en revanche pas de symptomatologie dépressivo-anxieuse significative, ni de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. L'hypothèse d'un trouble douloureux pouvait être évoquée, mais il était frappant de relever la discordance entre une femme souriante et collaborante et une démarche caricaturale (boiterie en extension de la jambe gauche). S'agissant de la capacité de travail, elle était nulle du 10 mars 2008 au 10 septembre 2008, en raison d'un trouble de l'adaptation, mais elle était entière d'un point de vue psychiatrique depuis lors dans une activité adaptée, y compris l'activité exercée en dernier lieu.

9. Par avis du 12 mai 2009, le Dr G _____, médecin auprès du SMR, a retenu une capacité de travail de 85% depuis mars 2008 dans un poste adapté aux limitations constatées (exposition aux poussières, mouvements de force et répétitif de l'épaule gauche).
10. Dans une note du 21 avril 2010, l'OAI a retenu un statut d'active à 100% au vu de l'activité professionnelle qui totalisait 41,4 heures par semaine.
11. Par décision du 28 septembre 2010, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée. Se fondant sur l'expertise rhumatologique du Dr H _____ et sur l'expertise psychiatrique du Dr F _____, l'OAI a confirmé que l'assurée ne pouvait plus exercer d'activité de femme de ménage. En revanche, dans une activité adaptée, il subsistait une capacité de travail de 85%. S'agissant du degré d'invalidité, ce dernier s'élevait à 18%, eu égard à une comparaison des revenus avec et sans invalidité. Ce taux était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à un reclassement professionnel, étant précisé qu'au surplus l'assurée ne possédait pas de permis de travail.
12. Représentée par le syndicat UNIA, l'assurée a interjeté un recours en date du 29 octobre 2010. Elle a contesté la décision de l'OAI au motif que les avis des médecins mandatés par l'AI différaient de l'avis des médecins traitants. En outre, elle a fait grief à l'OAI de n'avoir pas motivé sa décision, se bornant à faire siennes les conclusions des expertises. L'assurée sollicitait donc la mise sur pied d'une nouvelle expertise indépendante.
13. Dans sa réponse du 29 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant que les deux expertises en cause revêtaient une pleine valeur probante. En l'absence

de comorbidité psychiatrique grave, il était par ailleurs manifeste que le trouble somatoforme douloureux de l'assurée ne pouvait pas être reconnu comme invalidant.

14. La Cour de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle le 16 février 2011. L'assurée ne s'y est pas présentée. Son représentant a déclaré qu'elle s'estimait fortement invalide et que ses médecins traitants attestaient de ce fait. Le Dr I_____ - qui la suivait actuellement - lui avait prescrit des séances de physiothérapie. Les experts avaient opté pour une approche partielle de son dossier et n'indiquaient pas quelle activité adaptée la recourante pourrait exercer. Une expertise devait donc être ordonnée.
15. Sur complément d'instruction écrite ordonné par la Cour de céans, le Dr E_____ a confirmé le diagnostic de "possible" capsulite rétractile de l'épaule gauche" en expliquant que si les Dr B_____ (cf. rapport du 2 mars 2007) et les Dresses _____ et D_____ avaient diagnostiqué une capsulite rétractile de l'épaule, il lui était apparu que les amplitudes articulaires, marquées par des autolimitations, étaient difficiles d'appréciation. En outre, il n'y avait pas d'amyotrophie, ce qui parlait en défaveur d'absence de mouvements spontané. Les douleurs étaient mal systématisées à la palpation, avec des localisations dépassant le cadre d'une capsulite rétractile. C'est la raison pour laquelle il avait diagnostiqué une "possible" capsulite rétractile gauche au regard du syndrome douloureux ubiquitaire de la musculature et du squelette. Ainsi, une capsulite rétractile pouvait coexister dans un contexte de syndrome douloureux. A la question de savoir en quoi et pourquoi son diagnostic s'écartait de celui des médecins traitants, le Dr H_____ a indiqué que le Dr B_____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail et avait préconisé une expertise, ce qui démontrait la difficulté de fournir un avis tranché sur les atteintes objectives à la santé et leur influence sur la capacité de travail. Quant aux limitations fonctionnelles à mettre en lien avec la capsulite rétractile de l'épaule, il fallait retenir les travaux de force et répétitifs impliquant le membre supérieur gauche, principalement les travaux au-dessus de l'horizontale. Dans une activité professionnelle légère, épargnant les travaux de force et répétitifs impliquant le membre supérieur gauche, principalement au dessus de l'horizontale, la capacité de travail était de 85% pour tenir compte de la diminution de rendement et de la nécessité de prendre des pauses supplémentaires. Pour conclure, le Dr H_____ a indiqué ne pas être en mesure de se déterminer sur une évolution de la capacité de travail depuis 2006, soit pour une période antérieure à son expertise.
16. Également à la demande de la Cour de céans, le Dr F_____ a confirmé que l'assurée avait présenté un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en 2008 en raison d'une situation personnelle difficile sur la plan administratif et socio-économique. Cette atteinte à la santé avait occasionné une incapacité de travail totale du 10 mars au 10 septembre 2008, les troubles de l'adaptation ayant une durée de 6 mois. Depuis lors, l'évolution avait été favorable grâce à la mise en route d'un traitement médical, avec une bonne observance au traitement. Ainsi, dès le 11

septembre 2008, l'assurée avait retrouvé une pleine et entière capacité de travail. Les examens paracliniques, les tests psychométriques et les auto-évaluations démontrant une bonne observance au traitement.

17. Par détermination du 9 août 2011, l'OAI a maintenu sa position.
18. La recourante a transmis ses observations le 7 septembre 2011. Indiquant ne pas remettre en cause le diagnostic émis par le Dr F_____, elle a contesté en revanche l'appréciation faite sur le plan rhumatologique par le Dr H_____. En effet, les conclusions de ce dernier étaient en partie contradictoires avec celle des médecins traitants qui avaient relevé une impossibilité d'utiliser le bras gauche et partant avaient conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité. En outre, le Dr H_____ n'avait énoncé ni les limitations fonctionnelles engendrées par l'atteinte à la santé, ni les positions préconisées, ni le type d'activité exigible en raison de l'atteinte. Pour toutes ces raisons, l'expertise rhumatologique s'avérait incomplète et l'évaluation de la capacité de travail à 85% dans une activité adaptée insuffisamment motivée. Cette conclusion était d'autant moins crédible que le Dr H_____ était le médecin conseil de l'OAI et qu'il n'avait examiné qu'une seule fois la recourante. Une expertise judiciaire devait donc être ordonnée. Enfin, la recourante contestait qu'elle puisse exercer une des activités figurant dans la liste TA1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et il fallait qui plus est tenir compte du fait que son français était approximatif, qu'elle avait exercé pendant 20 ans la même activité, qu'elle n'avait aucune formation, qu'elle n'était titulaire d'aucun titre de séjour valable et enfin qu'elle avait 51 ans et qu'elle était maman d'une fille de 10 ans. En conséquence, elle concluait à titre subsidiaire à pouvoir à être mise au bénéfice d'une mesure de reclassement.
19. Par courrier du 21 septembre 2011, l'OAI a persisté dans sa position, rappelant notamment que le Dr H_____ était un médecin indépendant de l'OAI, que son expertise revêtait une pleine valeur probante et que le trouble somatoforme douloureux n'était en l'espèce pas constitutif d'une atteinte à la santé invalidante. Enfin, toute mesure de réadaptation était vouée à l'échec la recourante contestant la capacité de travail retenue.
20. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, alors que la décision litigieuse a été rendue en septembre 2010, les faits pertinents remontent à 2008. D'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit donc être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et de la 5^{ème} révision de la LAI. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, pour ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
7. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description

des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

-
8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. a) En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur deux expertises médicales, à savoir une expertise rhumatologique rendue par le Dr. H_____ et une expertise psychiatrique rendue par le Dr F_____. Il s'agit donc d'examiner leur valeur probante respective en les confrontant, le cas échéant, à l'avis des médecins traitants.
- b) Sur le plan formel, tant l'expertise rhumatologique du Dr J_____ que l'expertise psychiatrique du Dr F_____ ont pleine valeur probante. Elles comprennent une anamnèse, relatent les plaintes de la recourante et mentionnent les constatations médicales objectives sur la base d'un examen clinique et d'exams radiologiques complémentaires.
- c) Sur le fond, le Dr H_____ a diagnostiqué - comme ayant une influence sur la capacité de travail - des douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette et une possible capsulite rétractile de l'épaule gauche. Il a néanmoins relevé que le diagnostic de capsulite rétractile était difficile d'appréciation vu l'absence d'amyotrophie et ultrason fonctionnel non contributif pratiqué durant le séjour hospitalier effectué en juillet 2008. C'est la raison pour laquelle il a qualifié ce diagnostic de "possible". Sur ce point, le Dr H_____ n'est pas formellement remis en cause par la recourante. Son diagnostic ne rejoint pourtant que partiellement celui posé par les médecins traitants. Ces derniers ont en effet tous diagnostiqué une périarthrite capsulaire gauche depuis 2006 et une capsulite rétractile gauche (cf. rapport de la Dresse A_____ - du 5 mai 2008, rapport du Dr. B_____ du 2 mars 2007, rapport des Drs C_____ et D_____ du 2 juillet 2008), des douleurs articulaires touchant l'épaule gauche, le coude et le poignet gauche s'aggravant progressivement dans un contexte de périarthrite et tendinite (cf. rapport de la Dresse A_____ du 7 mars 2008, rapport du Dr. B_____ daté du 13 octobre 2008), un syndrome douloureux chronique de l'épaule gauche depuis mars 2007 (cf. rapport du Dr. B_____ daté du 13 octobre 2008, rapport des Drs C_____ et D_____ du 2 juillet 2008). Ainsi, si les médecins traitants ont circonscrit leur diagnostic à une capsulite rétractile gauche aggravée par un syndrome douloureux chronique touchant l'hémisphère supérieur gauche, l'expert a de son côté privilégié, dans son appréciation du cas, un syndrome douloureux chronique dépassant largement le contexte d'une capsulite rétractile. Les explications fournies à ce propos - à savoir la difficulté d'apprécier les amplitudes
-

articulaires en raison des autolimitations, l'absence d'amyotrophie, l'existence de douleurs mal systématisées, - emportent la conviction de la Cour de céans sur la prédominance d'un trouble somatoforme douloureux avec possible capsulite rétractile de l'épaule gauche. En effet, l'expert a également noté la présence de 16/18 points de fibromyalgie (avec des douleurs constantes, diurnes comme nocturnes, insomniantes, prédominant à l'épaule gauche et à l'hémisphère supérieur gauche, mais touchant tant le haut que le bas du corps, le rachis, les grosses comme les petites articulations périphériques). Il a également relevé de nombreux signes de non-organicité de la douleur selon Waddell (exagération de la réponse verbale, projection non anatomique de la douleur, mouvement de contre-pulsions et oppositions actives en fonction de certaines amplitudes non reproductibles, en fonction de son degré d'attention, hypo-sensibilité intéressant la globalité de l'hémicorps gauche sans respect radiculaire).

10. C'est le lieu de rappeler que la reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle

ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, *in* : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p.1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié 9C_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279, consid. 3.2.3).

Enfin, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

-
11. En l'espèce, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a également été posé par le Dr F_____ dans son expertise psychiatrique. Ce dernier a en effet constaté que la recourante se plaignait de douleurs physiques, situées à l'hémicorps gauche (épaule, hémitronc gauche, bras) assimilables à des brûlures et des picotements descendant jusqu'à la cuisse et la jambe gauche et également des douleurs au niveau lombaire bas, aggravées en position assise ou debout trop prolongées. Outre que la recourante pouvait paraître parfois légèrement dramatique et démonstrative (avec une boiterie caricaturale), les plaintes quant aux symptômes étaient peu précises, permanentes et mal systématisées. Clairement motivé, ce diagnostic doit donc être admis. Il est toutefois manifeste et au demeurant non contesté que les critères jurisprudentiels - nécessaires pour reconnaître un caractère invalidant à un trouble somatoforme douloureux - ne sont pas réalisés. En particulier, l'expert a indiqué qu'aucun état dépressif grave ne pouvait être retenu à l'endroit de la recourante, qui souffre d'une dysthymie, pas plus qu'une autre atteinte à la santé psychique - qui par son intensité et sa durée - pourrait constituer une comorbidité psychique, ce qu'aucun des médecins traitant ne retient par ailleurs. Quant aux autres critères posés par la jurisprudence, ils ne sont pas non plus réalisés en l'espèce (pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, la recourante continue de s'occuper de sa fille, se promène l'après-midi, se rend chez ses médecins, regarde la télévision, se couche vers 21h30, passe ses week-end en famille et a des invitations chez des amis, l'entente au sein du couple est décrite comme bonne). Il n'y a enfin pas non plus d'échec systématique des traitements ambulatoires ou stationnaires, l'expert ayant constaté - sur la base des analyses médicales conduites - une bonne observance au traitement antidépresseur prescrit, traitement qui a au demeurant permis une amélioration de l'état de santé de la recourante à compter du mois de septembre 2008.

En conséquence, sous cet angle, il apparaît que c'est à juste titre que le Dr F_____ a conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité. La Cour de céans se ralliera également aux conclusions de l'expert psychiatre - corroborées par celles des Drs C_____ et D_____ - selon lesquelles la recourante a présenté un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée qui a entraîné une incapacité totale de travailler du 10 mars 2008 au 10 septembre 2008.

12. Reste encore à examiner - et il s'agit là en définitive de la seule question litigieuse - l'impact sur la capacité de travail de l'atteinte à la santé physique sous la forme d'une possible capsulite rétractile de l'épaule gauche. Le Dr H_____ a retenu - au titre des limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte à la santé - une activité professionnelle légère, épargnant les travaux de force et répétitifs impliquant le membre inférieur (*recte* : supérieur) gauche, principalement les travaux au-dessus de l'horizontale. Il a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations à 85%, compte tenu d'une diminution de rendement et de la nécessité de prendre des pauses supplémentaires. L'expert a indiqué qu'il n'était pas en mesure de fixer l'évolution de la capacité de travail depuis 2006. Son appréciation valait donc au jour de l'expertise, soit novembre 2008. La recourante avait néanmoins été

hospitalisée dans le service de rhumatologie des HUG du 27 mai au 26 juin 2008 où notamment le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche avait été posé.

La recourante conteste les conclusions du Dr H_____ au motif qu'elles contrediraient celles des médecins traitants et qu'elles seraient insuffisamment motivées. S'agissant des limitations fonctionnelles, la position de l'expert se distingue de celle du Dr B_____, seul médecin traitant à s'être prononcé à ce propos, en ce qu'elle ne retient pas la nécessité d'alterner les positions. Quant à la Dresse E. A_____, elle a relevé dans son rapport de mai 2008 qu'il lui était impossible de se prononcer sur les limitations fonctionnelles de façon optimale, la situation devant être réévaluée dans un minimum de trois mois afin de laisser évoluer le traitement. Partant, au vu de la divergence d'opinion entre le Dr B_____ et l'expert sur les limitations fonctionnelles, la Cour de céans se ralliera à celle de l'expert, étant rappelé qu'en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). Enfin, la Cour de céans relèvera que les capacités limitées de compréhension, d'adaptation et de résistance relevées par le Dr B_____ ne constituent pas des limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte à la santé, de sorte qu'elles doivent sous cet angle être écartées.

13. Pour ce qui est de l'évaluation de capacité de travail, contrairement à ce qu'indique la recourante, aucun des médecins traitants ne s'est formellement prononcé à ce propos. La Dresse A_____, si elle a prescrit un arrêt de travail à 100% dès mars 2008, a réservé sa position en relevant que pour l'avenir l'état de santé devrait être réévalué après une période de repos et une prise en charge médicale globale (physiothérapie soutenue dans le but de diminuer l'inflammation et de retrouver la mobilité). Ainsi, selon la Dresse A_____, l'état de santé de sa patiente n'était pas encore stabilisé. Quant au Dr B_____, il a préconisé une expertise rhumatologique. En conséquence, seul le Dr H_____ s'est prononcé sur la capacité de travail qu'il a évaluée à 0% dans une activité de femme de ménage et à 85% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il a motivé sa position par la nécessité de prendre des pauses supplémentaires et compte tenu d'une diminution de rendement. En conséquence et sous cet angle, la Cour de céans fera siennes les conclusions du Dr H_____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à des mesures d'instruction complémentaire.

En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon

l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

En définitive, la Cour de céans retient que la recourante a présenté une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques du 10 mars au 10 septembre 2008 et que depuis cette date, à tout le moins - compte tenu de l'hospitalisation aux HUG en mai et juin 2008 -, elle présentait des limitations fonctionnelles sur le plan somatique limitant sa capacité de travail dans le sens évoqué par le Dr H_____ deux mois plus tard.

14. Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible (cf. ATFA non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Il doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Sont déterminantes les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de

réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (cf. ATFA non publié B 80/01T. du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2 résumé dans REAS 2004 p. 239). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATFA non publié du 28 décembre 2004, I 290/04 et les références). La seule circonstance qu'un assuré disposerait de meilleures possibilités de gain que celles qu'il met en valeur et qui lui permettent d'obtenir un revenu modeste ne justifie pas encore que l'on s'écarte du gain qu'il perçoit effectivement (ATFA non publié du 14 octobre 2002, I 777/01).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

15. En l'occurrence, sur la base des attestations de ses divers employeurs, il apparaît que la recourante a exercé une activité d'employée de maison pour un horaire hebdomadaire de 33,4 heures en 2006, 41,4 heures en 2007 et 38,4 heures en 2008. Considérant que la recourante devait se voir reconnaître le statut d'une personne

active, l'intimé a appliqué la méthode de comparaison des revenus et choisi de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer - outre le revenu d'invalidé - le revenu sans invalidité.

A l'instar de l'intimé, la Cour est d'avis qu'il convient pour déterminer le revenu sans invalidité de s'écarter du salaire annuel dont les pièces produites laissent apparaître qu'il aurait été réalisé avant l'atteinte à la santé, soit approximativement 42'540 fr. en 2006, 43'233 fr. en 2007 et 11'397 en 2008 (de janvier à mars). En premier lieu, les revenus annoncés sont difficilement comparables entre eux. Il se rapportent tantôt à un salaire net et tantôt à un salaire brut; en outre, il sont parfois assortis d'un salaire en nature. Par ailleurs, certaines des déclarations écrites des employeurs ne permettent pas de déterminer - au degré de la vraisemblance prépondérante - sur combien de mois les revenus mensuels doivent être annualisés (10 mois? 11 mois? 12 mois? moins?). Enfin, les diverses attestations produites ne semblent pas couvrir toutes les activités effectivement exercées par la recourante. Pour toutes ces raisons et cela n'est pas contesté par la recourante, il convient d'admettre que le revenu sans invalidité s'élève en 2009 - année d'ouverture du droit éventuel à la rente (cf. art. 28 al. 1 LAI) à 51'009 fr correspondant au salaire annuel résultant de l'ESS (année 2008, réactualisé à 2009) pour des activités simples et répétitives dans le domaine d'activité nettoyage et hygiène publique (TA7, ligne 35, niveau 4, rapporté à 41,7 heures de travail par semaine).

S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé s'est référé au revenu résultant de l'ESS auquel peuvent prétendre des femmes pour des activités simples et répétitives (tableau TA1, niveau de qualification 4) dans le secteur privé : Il convient toutefois de prendre en compte les revenus de l'année 2009 comme vu ci-dessus et non ceux de l'année 2008. A cet égard, la recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir spécifié le type d'activité envisageable dans ce cadre. Or, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'en cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations de l'assuré, quand bien même il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât à l'assuré, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). En conséquence, la décision de l'intimé n'est sous cet angle pas critiquable. En 2008, le salaire de référence s'élevait à 4'116 fr. ; réactualisé à 2009; le salaire mensuel est de 4'203 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, p. 11, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2009 (41,7 heures; la Vie économique, 11-2010, p. 98, B 9.2), ce montant doit être porté à 52'579 fr. , soit pour un taux d'activité de 85%, à 44'692 fr..

Par ailleurs, conformément à la jurisprudence, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78). L'intimé a admis à ce titre un abattement de 10% au vu de l'âge de la recourante et de l'absence de permis de séjour. Il a omis toutefois de tenir compte des années de service (20 ans) exercée dans la même profession, que seule une activité légère à temps partiel est possible et qu'en raison de son français approximatif, la recourante ne peut exploiter sa capacité résiduelle de travail qu'avec des chances de gain inférieur à la moyenne. Dans ces circonstances, la Cour de céans considère qu'une réduction de 20% est plus appropriée à la situation concrète (cf. ATF 132 V 393, 126 V 75 consid. 6. et les références). Le revenu avec invalidité de la recourante s'élève en définitive à 37'754 fr.

Le degré d'invalidité s'élève ainsi 29,91%, arrondi à 30% (cf. ATF 130 V 122 consid. 3), ce qui est manifestement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

16. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art.8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let.a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let.b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Le droit à une mesure de réadaptation suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009 et les références).

Selon l'art.17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Est

réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

17. Quand bien même la recourante présente un degré d'invalidé ouvrant droit à une mesure de reclassement et qu'elle n'y est - contrairement à ce que l'intimé soutient - pas opposée, il apparaît qu'un reclassement n'est pas nécessaire pour mettre en valeur sa capacité de gain. En effet, des activités simples et répétitives - auxquelles peut prétendre la recourante - peuvent précisément être exercées indépendamment de toute formation spécifique, seul un apprentissage sur le terrain étant nécessaire. En revanche, il se justifie que l'intimé se prononce sur d'autres mesures professionnelles, en particulier sur une aide au placement.
18. Au bénéfice des explications qui précèdent, le recours sera très partiellement admis dans le sens des considérants. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'OAI au paiement d'un émolument de 200 fr.

Au vu de l'issue du litige, l'intimé sera en outre condamné à payer à la recourante une indemnité réduite à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 800 fr. (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 61 let. g LPGGA)

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet très partiellement dans le sens des considérants.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour qu'il statue sur les mesures professionnelles.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante un montant de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le